

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1908-1909 — N° 87.

DES
KYSTES DERMOÏDES DE L'OVAIRE
OUVERTS DANS LA VESSIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 17 février 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Joseph-Jules GERMAIN

Né à Tancon (Saône-et-Loire), le 26 août 1884.



LYON

IMPRIMERIES RÉUNIES

8, RUE RACHAIS, 8

—
1909

DES
KYSTES DERMOÏDES DE L'OVAIRE
OUVERTS DANS LA VESSIE

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1908-1909 — N° 87.

DES
KYSTES DERMOÏDES DE L'OVAIRE
OUVERTS DANS LA VESSIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 17 février 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Joseph-Jules GERMAIN

Né à Tancon (Saône-et-Loire), le 26 août 1884.



LYON

IMPRIMERIES RÉUNIES

8, RUE RACHAIS, 8

—
1909



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

DOYEN HONORAIRE
M. LORTET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER, TRIPIER

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	TEISSIER.
Clinique obstétricale et Accouchements.	BARD.
Clinique ophtalmologique	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales	FABRE.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS.
Physique médicale.	PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.	POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique	CLUZET.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ.
Anatomie	CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie	BEAUVISAGE.
Physiologie	GUIART.
Pathologie interne.	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	RENAUT.
Anatomie pathologique	MORAT.
Médecine opératoire	ROQUE.
Médecine expérimentale et comparée.	COLLET.
Médecine légale	PAVIOT.
Hygiène.	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.	ARLOING.
Pharmacologie	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.).
	PIC.
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Propédeutique chirurgicale	MM. BÉRARD,	agrégé.
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.	NOV ^e -JOSSEURAND,	—
Hygiène administrative	LESIEUR,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MORÉAU,	—
Embryologie.	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	REGAUD.	J. LÉPINE.	NOGIER.
SAMBUC.	COMMANDEUR.	LESIEUR.	MOUNEYRAT.
COURMONT (P.)	GAYET.	MARTIN (Et.).	LATARJET, ch...
CHATIN.	MOREL.	CAVAILLON.	BÉRIEL, ch...
VILLARD.	NEVEU-LEMAIRE.	LAROYENNE.	
TIXIER.	PATEL.	VORON.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président ; M. BÉRARD, Assesseur ;
MM. VILLARD et CAVAILLON, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*Témoignage d'affection et de profonde
reconnaissance.*

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse :

M. LE PROFESSEUR A. PONCET

Professeur de Clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Lyon.

INTRODUCTION

Les kystes dermoïdes de l'ovaire présentent tout une série de complications. Ce sont, le plus souvent, ces complications qui attirent l'attention des chirurgiens sur une tumeur restée, jusque-là, à peu près latente. Parmi ces complications, une des plus rares et des plus curieuses consiste dans l'ouverture de ces kystes dans la vessie. Cette ouverture a pour conséquence des phénomènes *a priori* très paradoxaux, tels que la « pilimiction », ou le rejet par l'urètre d'autres débris, tels que amas graisseux ou productions osseuses.

Dans d'autres cas, cette ouverture se manifeste par des phénomènes beaucoup plus frustes. Très souvent, les malades arrivent au chirurgien avec le diagnostic de lithiase vésicale, et ce n'est que lorsqu'on est intervenu pour cette lithiase que l'on trouve, au centre du calcul, des formations telles que cheveux ou dents, primitivement contenus dans le kyste dermoïde, le calcul s'étant formé secondairement autour de ces éléments. C'est sous cette forme particulière que nous avons eu l'occasion d'observer, dans le service de M. le professeur Poncet, une femme, déjà opérée huit ans auparavant, par M. le professeur agrégé Bérard, pour une lithiase vésicale, symptomatique d'un kyste dermoïde de l'ovaire,

ouvert dans la vessie. Nous avons cru qu'il ne serait pas inutile, étant donnés les grands progrès des opérations gynécologiques durant ces dernières années, et notamment l'emploi de plus en plus généralisé des opérations par la voie abdominale, de reprendre, surtout au point de vue du traitement, une question déjà traitée à propos, du reste, de la même malade, par Roy (1901).

Mais avant de commencer cette étude, qu'il nous soit permis de remercier M. le professeur PONCET du grand honneur qu'il nous fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse.

M. le docteur DELORE, chirurgien des Hôpitaux, à qui nous devons l'idée première de ce travail, a droit à toute notre gratitude.

A MM. les professeurs agrégés BÉRARD et VILLARD, chirurgiens des Hôpitaux, à M. le professeur agrégé CAVAILLON, nous sommes heureux d'exprimer, avec nos remerciements pour leur enseignement, l'expression de notre vive reconnaissance.

M. le docteur ALAMARTINE, interne des Hôpitaux, a bien voulu s'intéresser à notre travail, et ses conseils éclairés ont été pour nous une aide précieuse. Nous lui adressons nos remerciements bien sincères.

Nous conserverons de tous nos maîtres des Hôpitaux et de la Faculté le meilleur souvenir.

Merci enfin à tous nos amis pour l'attachement qu'il nous ont toujours témoigné.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

PHILIPP. *Med. and Chir. Transact.*, vol. II, p. 427 (dans thèse de Roy).

Une femme âgée de 30 ans, ayant éprouvé dans sa jeunesse de la dysurie, éprouve des symptômes évidents d'inflammation de la vessie ; en l'examinant, on constate la présence d'une tumeur s'étendant de la face inférieure du foie vers l'ombilic ; symptômes de péritonite. Mort.

A l'autopsie, on trouve une tumeur enkystée, développée dans l'ovaire droit, contenant une matière crémeuse et une touffe de cheveux. Ce kyste communique par trois ouvertures avec la vessie, dans laquelle on trouve une dent incisive et une portion d'os ressemblant à une portion d'alvéole.

OBSERVATION II

LARREY (dans thèse de Roy).

Une femme de 33 ans a eu trois grossesses. Quelques jours après sa troisième couche, elle ressentit dans la région iliaque gauche, une douleur vive et, bientôt après, une apparence de tumeur mobile, du volume d'un œuf. Ces premiers accidents disparaissent, la malade reprend ses occupations et, au bout

de deux mois, la tumeur qui avait augmenté, fait naître de nouvelles poussées inflammatoires.

Traitée par les sangsues, les topiques, la santé générale se rétablit, lorsque la tumeur fit naître un nouvel accès d'inflammation et s'ouvrit à travers la paroi abdominale, sur la ligne blanche, un peu au-dessous de l'ombilic. Du pus sanieux, jaunâtre, fétide, s'écoule, puis est remplacé par une mèche de cheveux et enfin par un liquide urinaire.

Larrey pratique alors l'opération suivante : il agrandit la fistule de trois centimètres, ce qui lui permet de suivre la mèche de poils et d'arriver à une tumeur dure, pédiculée, mobile, qu'il détache. Ayant élargi l'ouverture du kyste où il était entré et prolongé son incision jusqu'au voisinage du pubis, M. Larrey découvrit une fistule vésico-abdominale, qu'il agrandit et mit à nu un gros calcul qu'il saisit et retira sans difficulté.

La tumeur ressemble à une portion de cuir chevelu ratatiné, et les poils qui la surmontent ont une longueur de 12 à 13 centimètres. Par la base du calcul, qui était tourné du côté du kyste, sortent des poils en assez grand nombre, chargés de matières calcaires. Le pédicule pileux passait par l'ouverture de communication du kyste avec la vessie et venait s'implanter sur la tumeur fibreuse.

Les suites de l'opération furent heureuses et la malade guérit, malgré le développement d'une variole confluyente, vers le quinzième jour.

OBSERVATION III

LEE. *Med. Chir. Trans.*, vol. XLIII (dans thèse de Roy).

Ouverture spontanée dans la vessie.

F..., 28 ans, un enfant ; cinq ans avant, elle souffrait d'une tumeur abdominale sensible et douloureuse avec des faibles-

ses. L'urine contenait d'énormes quantités de pus. Des cheveux et des morceaux d'os furent trouvés dans l'urine. Lavage de la vessie. La malade devient enceinte et mourut d'éclampsie. L'autopsie montra un kyste dermoïde de l'ovaire gauche, ouvert dans la vessie.

OBSERVATION IV

SENTIN, *in* WALLE. *Ueber der Perforation der Blase durch dermoïd Kystum des Ovarium* (dans thèse de Roy).

Femme de 58 ans. Deux calculs, dont l'un contenait une dent.

A l'autopsie. — Kyste dermoïde de l'ovaire gauche ouvert dans la vessie.

OBSERVATION V

MARSHALL. *Archives générales de Médecine* 1828 (dans thèse de Roy).

Veuve de 40 ans, multipare. Depuis cinq ans, douleurs abdominales fréquentes, rétention d'urines alternant avec le passage de graviers et de morceaux d'os. Mort.

Autopsie. — Les deux ovaires sont réunis et forment une tumeur qui masque l'utérus.

OBSERVATION VI

GREENHALGB. *Lancet*, 26 novembre 1870 (dans thèse de Roy).

Femme de 28 ans, deux enfants. Le deuxième accouchement était arrêté par une tumeur qui remplissait la cavité sacrée et s'opposait au passage de la tête. Cette tumeur fut ponctionnée et on en retira une matière caséuse.

Les symptômes vésicaux commencèrent et continuèrent jusqu'à la rentrée de la malade à l'hôpital. Alors, il sortait

dés cheveux et du pus par l'urètre. Il y avait une masse solide dans la région supra-pubienne et à l'ombilic une fistule par laquelle s'échappait le pus, l'urine et l'eau injectée dans la vessie. Lavage de la vessie ; dilatation de l'orifice ombilical. Mort.

A l'autopsie, on trouve un kyste de l'ovaire droit contenant des cheveux, des os, et communiquant avec l'ombilic, la vessie, le rectum et le péritoine. La péritonite avait été la cause de la mort.

OBSERVATION VII

RUGE, VERHAND. *Der Ges. für Geb. in Berlin* 1846 (dans thèse de Roy).

Femme de 46 ans, deux enfants et deux fausses couches. Troubles urinaires, fièvre, perte des forces, deux ans avant qu'elle se mette sous les soins de Ruge. Plusieurs paquets sont enlevés de la vessie et on soupçonne un calcul.

L'opération entreprise pour enlever le calcul par l'urètre, montre que le calcul n'existe pas, mais permet de trouver un orifice qui conduit dans une cavité si profonde que le doigt ne peut l'explorer. La malade meurt vingt-quatre heures après.

A l'autopsie. — Kyste de l'ovaire gauche, du volume du poing, contenant du pus, des masses graisseuses, et communiquant avec la vessie par un canal sinueux. Le kyste communiquait aussi avec l'intestin grêle, mais l'opinion de Ruge est que cette ouverture a été faite pendant l'autopsie. Un kyste semblable existait dans l'ovaire droit.

OBSERVATION VIII

Professeur TILLAUX, Soc. de Chirurgie, séance du 8 octobre 1879.

Il s'agit d'une femme de 34 ans que j'ai opérée le 30 mai, aux environs de Paris.

Le kyste était assez volumineux, puisqu'il contenait 12 litres de liquide et avait été ponctionné plusieurs fois. Mais, en interrogeant la malade, j'appris que ce kyste avait deux fois disparu spontanément et, d'après les détails donnés par la malade, le kyste s'était vidé dans la vessie. Je rencontrais donc un cas de kyste déhiscent dans la vessie, cas qui ne sont pas très rares et dont j'ai eu, il y a peu de temps, l'occasion d'observer un exemple dans mon service, où l'on avait apporté une malade présentant des symptômes de péritonite aiguë. Cette femme racontait qu'elle avait une bosse dans le ventre qui s'était rompue la veille. La guérison fut complète.

Ma seconde malade fut moins heureuse, puisque le kyste se rompit de nouveau, et je me décidai à pratiquer l'ovariotomie.

L'opération fut pratiquée par le procédé ordinaire avec le pansement de Lister dans toute sa pureté ; je ne rencontrai quelques adhérences qu'à la partie antérieure, que je détruisis facilement ; mais, lorsque je fis basculer le kyste en avant, je m'aperçus que j'entraînais la vessie.

Il me fut impossible de séparer cette adhérence, il existait une fusion complète de la paroi postérieure de la vessie et du kyste. Je fendis alors le kyste et, avec des ciseaux, je découpai la portion de la paroi du kyste adhérente à la vessie, je laissai ainsi une véritable pièce à la paroi postérieure de la vessie.

Cette portion de la paroi était tellement vasculaire qu'il me fallut presque une demi-heure pour obtenir une hémostase complète.

Malgré ces deux circonstances particulières, déhiscence du kyste dans la vessie, et adhérence si intime du kyste et de la vessie, que je fus forcé de laisser un morceau de la paroi du kyste, la guérison ne présenta aucun accident, et j'obtins une réunion totale par première intention.

OBSERVATION IX

PINCUS. *Fortschritte der Medizin* 1883, p. 81 (dans thèse de Roy).

Perforation de la vessie par un kyste dermoïde.

Une femme de 27 ans présente, derrière la paroi abdominale antérieure, une tumeur arrondie, fluctuante, s'étendant jusqu'à l'ombilic. Grâce à la pression, on faisait écouler, par une sonde introduite dans l'urètre, un liquide purulent et d'odeur fétide.

Agrandissement de l'orifice de communication vésicale avec le doigt indicateur, introduit par l'urètre dilaté. Lavage à l'eau salicylée, constatation d'une seconde tumeur. Quelques semaines après, douleurs très vives et troubles urinaires. Laparotomie.

Tumeur grosse comme une tête d'enfant, adhérente au péritoine, à la paroi abdominale antérieure, à la vessie et à l'ovaire, par un pédicule solide. Rupture du kyste à son point d'adhérence avec la vessie. Suture de la vessie. Lavage de la cavité abdominale avec solution d'acide salicylique. Le kyste contenait des cheveux et des dents bien développés. La guérison fut complète, malgré des complications de suppuration abdominale, formation d'abcès de la paroi.

OBSERVATION X

LE DENTU (dans thèse de Roy).

Femme de 25 ans. Abcès à la partie latérale droite de la vulve. Troubles urinaires. Expulsion de poils avec l'urine. Exploration après dilatation de l'urètre. Le doigt rencontre à la partie latérale gauche de la vessie, l'orifice d'un trajet inaccessible. A la suite, issue de poils.

OBSERVATION XI

HUMPHREY. *The Lancet*. 1864 (dans thèse de Roy).

*Kyste dermoïde ouvert dans la vessie. — Dilatation de l'urètre.
Extraction de calcul. — Guérison.*

Femme de 38 ans. Douleurs dans le côté gauche du ventre depuis sept ans. Signes de calculs depuis son dernier accouchement. Extraction de fragments d'os, de dents et de cheveux ; deux ans plus tard, après dilatation de l'urètre, le doigt introduit dans la vessie, pénètre dans un sac communiquant avec la vessie, vers le côté gauche. Extraction d'une pierre contenant des poils.

L'orifice de communication du kyste avec la vessie était suffisant pour admettre le doigt.

Guérison.

OBSERVATION XII

KNONSLEY-THORNTON. *Trans. of the Obs. Soc. of London*, 1885, p. 290
(dans thèse de Roy).

*Kyste dermoïde ouvert dans la vessie. — Tentative d'ablation
par laparotomie, impossible.*

Mort au bout de quelques semaines.

OBSERVATION XIII

HERMANN. *Trans. of the Obst. Soc. of London*, 1885, p. 272
(dans thèse de Roy).

Femme de 34 ans, entrée à London-Hôpital, le 22 novembre 1883. Réglée à 14 ans. Mariée à 23 ans. Onze enfants et trois fausses couches. Le dernier enfant est né à sept mois.

La maladie actuelle a commencé il y a trois semaines ; elle remarqua qu'alors son urine était comme du lait et devenait comme de la cire en se refroidissant. Douleurs, brûlure dans la miction. A l'examen, on sent une tumeur au milieu de l'abdomen, s'élevant au-dessus du bassin, plus près de l'ombilic que du pubis. Sensibilité dans la région hypogastrique. Par le vagin, on sent la tumeur en avant de l'utérus, séparée du col par un sillon. L'utérus n'est pas absolument fixé. Les mouvements du col ne se communiquent pas à la tumeur. L'urine contenait du pus et des matières grasses.

Lavage quotidien de la vessie à l'eau phéniquée.

6 décembre. — Dilatation de l'urètre ; exploration digitale de la vessie. Dans la paroi postérieure de la vessie, on sent une dépression dans laquelle la sonde pénètre d'un pouce. Dilatation avec les bougies d'Hégar ; le numéro 8 est laissé en place jusqu'au lendemain.

7 décembre. — Chloroforme. Cystostomie vaginale. L'ouverture du kyste est élargie au bistouri. Lavage du kyste. La paroi interne est rugueuse, et semée de petits noyaux qui donnent la sensation d'os.

Drainage le 12 février. — La cavité du kyste n'était guère plus grosse qu'une châtaigne.

20 janvier 1885. — La malade écrit que la fistule vésico-vaginale est fermée et que sa santé générale est bonne.

OBSERVATION XIV

HIMMELFARB. *Centralblatt für Gynæcologie*, 1886, p. 567.

Marie G..., 55 ans. Tumeur abdominale assez volumineuse. Fluctuation ; matité à la percussion du côté droit. (Suit une assez longue description de l'état de la malade au point de vue des autres organes.)

Du côté de la vessie, l'émission des urines est difficile et quelque peu douloureuse.

Evacuation de l'urine avec la sonde. Cette urine est couleur chocolat, épaisse, et contient une quantité de petits corps jaunes.

(D'après les renseignements fournis par la malade, les urines auraient eu ces caractères depuis les quatre dernières semaines.)

Quelques minutes après l'évacuation de la vessie, la sonde est de nouveau introduite, et on retire de nouveau une petite quantité de cette même urine décrite plus haut.

La sonde étant maintenue dans la vessie, la pression simultanée d'un doigt introduit dans le vagin et de la main placée sur l'abdomen détermine l'issue par la sonde de ces mêmes petits corps jaunes et d'autres corpuscules sanguins, ainsi que de la matière caséuse.

La malade meurt au troisième jour de son séjour à l'hôpital.

Le diagnostic clinique est : Kyste dermoïde de l'ovaire (droit ?), atteint de dégénérescence et ouvert dans la vessie.

L'autopsie vérifie de tout point le diagnostic clinique. On trouve un kyste contenant des cheveux enroulés, et une grosse masse de ces mêmes cheveux et de matière caséuse de la grosseur d'une tête d'enfant.

L'ovaire gauche présentait aussi un kyste dermoïde de la grosseur d'une pomme.

La malade était morte de péritonite.

OBSERVATION XV

BLACKMANN. *Am. j. of Med. Sc.*, janvier 1889, p. 79 (dans thèse de Roy).

Ouverture du kyste dermoïde suppuré dans la vessie. — Formation de calcul phosphatique développé autour d'une dent.

Femme, 36 ans, mariée à 12 ans. Stérile. A 21 ans, douleurs, et treize mois d'aménorrhée. Expulsion de cheveux par la vessie. Pendant plusieurs mois, elle souffre d'irritabilité vésicale et perd de l'urine par le rectum. A 26 ans, extraction d'un calcul phosphatique développé autour d'une dent. Un an après, un autre semblable. A 30 ans, un autre. A 33 ans, on trouve un autre calcul fixé dans une ouverture à peine suffisante pour admettre la pointe de l'index à la partie inférieure gauche de la vessie. A partir de ce moment, l'urine ne passe plus par le rectum. Quelques mois plus tard, expulsion de cheveux incrustés de matières calcaires.

Quelques symptômes de calcul.

Suite inconnue.

OBSERVATION XVI

FULLER. *Path.*, vol. XXI (dans thèse de Roy).

Femme de 55 ans, deux enfants en bonne santé. A 33 ans, plusieurs crises avec hémorragie utérine. On constate alors la présence d'une tumeur dans la région hypogastrique gauche. Peu après, l'urine commença à contenir du pus, mais sauf cela, la malade reste bien portante jusqu'à 47 ans. Alors, la quantité de pus augmente et la malade présente des symptômes fébriles. Une tumeur molle, du volume du doigt fut trouvée dans le vagin, juste derrière le clitoris, et l'urine con-

tenait de la matière sébacée. La pression du doigt permettait de vider la tumeur. Des cheveux et de la matière caséuse furent d'abord expulsés ; après cela, la tumeur ne s'est jamais remplie de matières solides.

OBSERVATION XVII

DUNCAN. *Lancet*, 1890, II, 12 juillet, p. 73.

B. A..., 20 ans, célibataire, entre à l'hôpital le 3 septembre 1889. Depuis un an, douleurs, état général mauvais. Depuis le mois d'avril, tuméfaction de l'abdomen qui augmenta graduellement. Au mois de juillet, les urines devinrent purulentes. Suppression des règles depuis six mois. Le 13 septembre, ouverture de l'abdomen, la tumeur est adhérente au bassin, à l'utérus et à la vessie ; on la fixe à la paroi abdominale. Le 23, ponction du kyste ; écoulement de matière verdâtre plus gélatineuse que le pus ordinaire. Ouverture du kyste au thermocautère ; le contenu sortit alors facilement. La poche fut lavée et drainée. Amélioration. Les urines devinrent moins purulentes. Le 1^{er} décembre, la malade eut ses règles. Le 26 décembre, douleurs et fièvre, ouverture vaginale et drainage abdomino-vaginal. Le drainage fut supprimé au commencement d'avril ; les orifices se fermèrent. La malade fut revue guérie au moins de juillet ; légère induration dans le côté droit du bassin. Règles régulières.

OBSERVATION XVIII (résumée)

D^r LE GENDRE. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1898.

M^{lle} B..., 48 ans, entrée dans mon service, le 10 octobre 1896, comme atteinte d'une cystite purulente, consécutive à la fièvre typhoïde.

Depuis plusieurs années cette femme se plaignait de douleurs intermittentes dans le bas ventre.

Trente-cinq jours après le début de son état fébrile, on constate un manque absolu d'appétit. Les phénomènes prédominants étaient vésicaux : miction douloureuse, urines rares, sentant mauvais. Actuellement, les besoins d'uriner étaient fréquents, impérieux, accompagnés et suivis d'épreintes. La quantité quotidienne des urines oscillait entre 600 et 800 grammes ; la couleur en était jaune foncé, l'odeur fétide ; un sédiment abondant était constitué en grande partie par des globules de pus. Il n'y avait jamais eu d'hématurie.

Le diagnostic de cystite et péricystite fut seul posé. Les lavages vésicaux augmentaient les douleurs.

Le 9 novembre, la malade fut prise d'une envie d'uriner plus impérieuse que jamais, et elle expulsa une masse solide qui fut projetée dans l'urinal avec un bruit perçu par les malades voisins. Soulagement immédiat. La fièvre était tombée. Dans l'urine expulsée, on constate la présence d'une grande quantité de poils blancs et du pus.

On pensa immédiatement et naturellement à l'expulsion du contenu d'un kyste dermoïde ; mais comme il était certain que la communication étroite, qui devait exister avec la vessie ne suffirait pas à empêcher la malade de s'infecter, je fis passer celle-ci dans le service de M. Tuffier.

Notre collègue, ayant ouvert la cavité abdominale, trouva, en effet, un kyste dermoïde de la grosseur d'une orange, adhérent à la vessie, à l'utérus, à l'intestin ; le contenu en était putride et exhalait une odeur infecte. La malade, affaiblie par la longue durée de la fièvre, subit un shock opératoire assez accentué, auquel obvia une injection intra-veineuse de sérum artificiel.

OBSERVATION XIX

Citée dans LEJARS. *Semaine Médicale*, 21 septembre 1904.

(Examen cystoscopique.)

Malade opérée par M. Olshausen. La tumeur, immobile, s'étendait jusqu'à l'ombilic ; l'urine contenait des gouttelettes graisseuses : on fit la cystoscopie, et l'on découvrit une petite surface rougeâtre, large comme une pièce de 10 pfennigs, entourée de fines granulations ; au centre, par un petit orifice fistuleux, on faisait sourdre, en pressant sur la tumeur abdominale, les mêmes gouttelettes huileuses qu'on retrouvait dans l'urine. Suites inconnues.

OBSERVATION XX

Citée par LEJARS. *Semaine Médicale*, 21 septembre 1904.

(Examen cystoscopique.)

Malade du service de M. Schmit. On apercevait, sur la paroi gauche de la vessie, un orifice déprimé, par lequel s'échappaient des écheveaux de poils ; on ne sentait pas de tumeur à proprement parler, mais seulement une masse dure et fibreuse paravésicale, et il semblait que le kyste se fut vidé en grande partie par la voie vésicale.

Suites inconnues.

OBSERVATION XXI

LEJARS. *Semaine Médicale*, 21 septembre 1904.

Kyste dermoïde suppuré, ouvert dans la vessie et en imminence d'ouverture à la peau. — Laparotomie. — Guérison.

Une femme de 28 ans entre dans nos salles, avec une grosse tumeur, rouge et fluctuante, de la région hypogastrique. Il

y a dix-huit mois, elle s'aperçut que ses urines étaient troubles, avec un disque d'albumine. Depuis deux mois, elle a commencé à souffrir de la vessie, les urines sont plus fortement albumineuses et laissent un dépôt purulent. On pratique une instillation de nitrate d'argent ; quelques heures après, la malade expulse, avec l'urine, plusieurs mèches de cheveux, puis une tuméfaction apparaît au-dessus du pubis, elle fait corps avec la peau et se continue dans la profondeur. La peau est rougeâtre surtout à gauche.

Kyste dermoïde suppuré, ouvert dans la vessie et en imminence d'ouverture à la peau, tel parut être le diagnostic qui s'imposait.

La laparotomie médiane a confirmé le diagnostic ; la paroi était intimement adhérente de tous côtés ; on vide et on déterge aux compresses la poche kystique ; on laisse deux gros drains et, sans faire aucune suture, on tamponne la cavité de l'abcès pariétal.

Au bout de deux mois, la cicatrisation était complète.

OBSERVATION XXII

Pozzi. *Revue de gynécologie*, 1905.

Kyste dermoïde suppuré de l'ovaire, ouvert spontanément dans la vessie.

M. H. BARNSBY (de Tours).

Il s'agit d'une femme de 38 ans, porteuse d'un kyste de l'ovaire, diagnostiqué, au cours d'une grossesse, plusieurs années avant l'opération. A la suite d'une torsion du pédicule du kyste, la malade fit une réaction péritonéale très violente. Elle ne voulut se faire opérer que huit semaines après l'accident et l'intervention fut pratiquée d'urgence au lendemain d'une perforation dans la vessie. La malade était fort épuisée.

Le kyste ovarique était adhérent partout. Pendant les manœuvres de décortication, une rupture se produisit et l'on reconnut qu'il s'agissait d'un kyste dermoïde suppuré, communiquant avec la vessie. Un appendice, dont le tiers inférieur était coudé et oblitéré, adhérait à la paroi du kyste ; sa cavité contenait du pus. Il existait, en outre, un volumineux fibrome utérin, avec hydrosalpinx gauche.

Après extirpation du kyste et de l'appendice, suture de la brèche vésicale, l'auteur fit une hystérectomie abdominale supra-vaginale, en conservant l'ovaire gauche, enfoui dans un repli péritonéal. Suites excellentes.

L'ouverture spontanée du kyste dans la vessie est certainement le point intéressant. La torsion du pédicule avait déterminé l'inflammation du kyste, sa suppuration ; de plus, de larges ulcérations s'étaient produites à la face interne de la poche, correspondant à des plaques de sphacèle sur la face externe. Par suite de l'adhérence d'une de ces plaques avec la vessie et l'ulcération, gagnant de proche en proche, la perforation s'est produite.

La durée de l'opération n'avait pas excédé une heure. ,

OBSERVATION XXIII

KYRLE, *Journ. of Obstet. and Gynec.*, 1907, vol. XI, n° 2, p. 177.

Calcul rectal dû à la perforation de la vessie par un kyste dermoïde suppuré de l'ovaire.

Femme de 42 ans, incontinence d'urine.

Examen gynécologique. — On sent, dans le cul-de-sac antérieur, une tumeur dure, mobile ; le cathétérisme de la vessie révèle qu'il s'agit d'un gros calcul. Cystostomie vaginale, destruction de deux calculs pesant 1.115 et 1.065 grammes. Le lavage de la vessie fait sortir par l'urètre un peu de substance dermoïde.

Un nouvel examen fait découvrir, à gauche de l'utérus, une tumeur du volume d'une orange. On diagnostique un kyste dermoïde suppuré de l'ovaire ayant perforé la paroi vésicale. Laparotomie trois semaines après ; le kyste avait contracté des adhérences solides avec les organes voisins, surtout avec la vessie, de sorte qu'on fut obligé d'en réséquer une partie. La malade succomba deux jours plus tard à une pyélonéphrite.

OBSERVATION XXIV

Service de M. PONCET. Communiqué par M. le professeur agrégé BÉRARD (dans thèse de ROY).

M. A..., 59 ans, profession de ménagère. Entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Anne, n° 7, le 9 avril 1900.

Rien d'intéressant à noter dans les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Réglée de manière régulière ; mariée à 28 ans, eut trois enfants, dont deux sont aujourd'hui bien portants ; le dernier est mort en bas âge.

Santé toujours très bonne. Jamais aucun trouble du côté des organes génito-urinaires.

Il y a un an, apparition d'une douleur dans le côté gauche. Phénomènes de cystite, fréquence et douleur des mictions, surtout après une course en voiture. Pendant l'été dernier, les choses s'aggravèrent, les urines devinrent blanchâtres et contenaient des traînées de glaires gluants.

Depuis deux mois, la souffrance est devenue assez vive pour obliger la malade à s'aliter.

Depuis quinze jours, hématuries.

Au moment de son entrée à l'Hôtel-Dieu, elle se plaint d'uriner très fréquemment (plus de trente fois par jour), et de souffrir beaucoup au moment de chaque miction.

Les urines sont fétides, opâques et sanglantes.

Par le toucher vaginal, on remarque un épaississement du bas-fond vésical, qui est douloureux à la pression. On a la sensation d'un corps étranger qui se déplace dans la vessie sous la pression du doigt vaginal.

M. Bérard fait le diagnostic de calcul vésical infecté. Une sonde introduite dans la vessie permet de sentir une surface rugueuse, qui donne une sensation analogue à celle d'un calcul.

12 avril 1900. — Dilatation de l'urètre avec les bougies d'Hégar : introduction du doigt dans la vessie ; on sent une masse spongieuse, entourée de concrétions calcaires. Cette masse, assez malléable, est extirpée avec une pince, c'est le contenu du kyste dermoïde : un petit peloton de poils de la dimension d'une petite pomme, sur la surface duquel se sont déposés des phosphates (pièce présentée à la Société des sciences médicales le 11 avril 1900).

Sonde à demeure et lavages vésicaux antiseptiques.

11 mai. — Au toucher, on sent l'utérus un peu abaissé, le col entr'ouvert, le corps repoussé en arrière. Dans le cul-de-sac antérieur, on trouve encore une tuméfaction de sensation molle. Cette masse fixe en avant le col utérin. Il est difficile d'en apprécier le volume par le toucher.

Paroi antérieure du vagin normale.

Orifice urétéral un peu dilaté encore, mais la malade ne perd presque plus ses urines (dès le quatrième jour après l'opération), il y a simplement émission de quelques gouttes pendant les quintes de toux.

14 mai. — La malade part dans un bon état.

On lui a fait, ces jours-ci, quelques lavages de la vessie, car les urines étaient louches.

25 juin. — Urines claires, pas de phénomènes de cystite. La malade se plaint uniquement de perdre ses urines, quand

elle est debout depuis un certain temps et qu'elle n'a pas uriné depuis quelques heures.

Le toucher vaginal fait toujours constater que l'utérus est fixé en avant. Pas de tumeur nettement appréciable dans le cul-de-sac antérieur.

OBSERVATION XXV

Service de M. le professeur PONCET (inédite). Due à l'obligeance de M. ALAMARTINE.

Malade de l'observation précédente.

Nouveau séjour à l'Hôtel-Dieu le 14 juin. Entrée salle Sainte-Anne, n° 2. A la suite de l'intervention de M. Bérard, la malade alla assez bien pendant sept ans, elle avait seulement conservé un peu de pyurie avec des douleurs à la miction.

Il y a quatre jours, subitement, sans cause apparente, la malade fut prise d'une hématurie extrêmement abondante, qui continue actuellement.

Etat à l'entrée: — Etat général assez bon.

La malade continue à uriner du sang, sa vessie est pleine de gros caillots noirâtres sentant mauvais. On finit par arriver à nettoyer à peu près cette vessie, en faisant des lavages avec les grosses sondes de la lithotrithie, il ne sort ni cheveux, ni matière sébacée.

Les reins ne sont ni gros, ni douloureux. Au toucher vaginal : on sent le bas-fond vésical très induré ; l'utérus en légère antéflexion est relativement fixe ; à gauche de lui et un peu en avant, on sent une masse du volume d'une orange, assez dure, un peu mamelonnée : c'est sans doute le reste du kyste dermoïde.

A la cystoscopie directe, on voit une muqueuse vésicale rouge et tomenteuse sur le sommet de la vessie, et à gauche,

on voit un orifice qui est la communication avec le kyste dermoïde.

Examen viscéral. — Galop dans la région méso-cardiaque; la malade n'a pas, cependant, de signes de brighisme, et le cœur n'est pas gros.

Dans les urines, un peu d'albumine, mais il y a du pus.

Température normale.

Intervention. — 16 janvier 1908 (M. Delore). Anesthésie à l'éther. Laparotomie sous-ombilicale.

On trouve un kyste dermoïde polylobé de l'ovaire gauche, adhérent, en dehors, à l'S iliaque, en dedans, à l'utérus, largement implanté en avant sur la vessie.

Dans les manœuvres de dilacération de la tumeur, on ouvre le kyste, dont le contenu est infecté.

Destruction totale, par le procédé américain.

Une fois les annexes droites et l'utérus enlevé, il reste adhérent à la vessie la plus grande partie de la coque du kyste dermoïde.

On résèque en bloc cette coque et la partie de la vessie sur laquelle elle est implantée ; suture de la vessie à deux plans, d'abord un surjet, puis, par-dessus des points séparés.

Deux mèches vaginales s'étalant dans le petit bassin, une autre mèche ressort par la partie inférieure de l'incision abdominale.

Fermeture de la paroi à trois plans.

Sonde de Pezzer.

18 janvier. — La malade urine abondamment, un peu d'incontinence, pas de vomissements ; état général bon ; pas de signes péritonéaux.

Pièce anatomique. — Le kyste, dont le contenu s'est écoulé au dehors pendant la durée de l'opération, est constitué par une paroi irrégulière, anfractueuse, d'une coloration rosée. Cette paroi a nettement l'aspect dermoïde. Sur elle sont im-

plantés de petits poils, ténus, blonds, dont les plus longs atteignent 5 à 6 centimètres.

Mince sur le pourtour du kyste, la paroi atteint 1 centimètre environ d'épaisseur au niveau de l'embryome. Cette masse est formée par une portion centrale muqueuse, qui s'écoule après incision. Dans l'épaisseur des parties molles qui restent, on sent une masse dure qui se dégage assez facilement et qui est en réalité une dent.

L'ovaire a été enlevé en même temps, il est d'une consistance plus dure que normalement, et lorsqu'on l'incise, on constate qu'il est remplacé par un second kyste dermoïde, à contenu caséeux, ferme, et non liquide. L'autre ovaire est sain.

Enfin, l'utérus, qui a été extirpé, ne présente rien qui mérite d'être relaté.

Il s'agit donc en réalité, de deux kystes dermoïdes.

Suites opératoires. — Elles furent d'abord excellentes. Malheureusement au quinzième jour, la malade fut prise de phénomènes pulmonaires, auxquels elle succomba au bout de vingt jours. L'autopsie, pratiquée par le service d'anatomie pathologique de la Faculté, montra la réparation à peu près complète de la plaie opératoire du petit bassin, notamment la suture vésicale avait parfaitement tenu. La malade avait succombé à une pneumonie grise de la base gauche.

En résumé, nous avons réuni 25 observations de kystes dermoïdes de l'ovaire, ouverts dans la vessie. De ces 25 observations, il y en a 4 dont nous n'avons pas les résultats. Ce sont les observations X, XV, XIX, XX. Du reste, les observations XIX et XX ne sont mentionnées qu'à titre de curiosité, à cause de l'examen cystoscopique, qui n'a été fait que dans quelques cas de pilimiction assez rares encore. Il nous reste donc 21 observations, dont nous avons les résultats. Si nous groupons ces résultats d'après la conduite tenue, nous avons la statistique suivante :

Malades non opérées :

	Résultats.
Observ. I	Mort.
— III.	Mort.
— IV.	Mort.
— V.	Mort.

Total : 4 observations, 4 morts.

Malades opérées par la voie vésicale :

	Résultats.
Observ. VI.	Mort.
— VII.	Mort.
— XI.	Guérison.
— XIV.	Mort.
— XXIV.	Amélioration pendant sept ans.

Total : 5 observations, 3 morts, 1 guérison, 1 amélioration de sept ans.

Malades opérées par la voie vaginale :

	Résultats.
Observ. XIII.	Guérison.
— XVI.	Amélioration.

Total : 2 observations, 1 guérison, 1 amélioration.

Malades opérées par la voie abdominale (incision ou extirpation) :

	Résultats.
Observ. II	Guérison.
— VIII	Guérison.
— IX	Guérison.
— XII	Mort.
— XVII	Guérison.
— XVIII	Guérison.
— XXI	Guérison.
— XXII	Guérison.
— XXIII	Mort.
— XXV	Guérison opératoire. Mort par phénomènes pulmo- naires au 18 ^e jour.

Total : 10 observations, 7 guérisons, 2 morts, 1 mort d'affection pulmonaire consécutive.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

Si l'on se place au point de vue du traitement, on peut diviser l'histoire des kystes dermoïdes de l'ovaire, ouverts dans la vessie, en trois grandes périodes.

Dans la première période, les cas observés sont soit des surprises d'autopsie, soit des cas traités uniquement médicalement. C'est la période préchirurgicale, qui a duré jusque vers le milieu du siècle passé.

Des cas de « pilimiction » étaient connus depuis très longtemps. Roy, dans sa thèse (Lyon, 1901), rapporte toute une série de faits, qui, pour n'avoir aucune valeur médicale, n'en sont pas moins très intéressants et très curieux au point de vue historique. C'est ainsi qu'il raconte qu'en 1500, Arnaldus avait déjà consacré, dans son ouvrage, un chapitre à ceux qui urinent des poils. Cet auteur semble bien avoir observé réellement des cas de kystes dermoïdes, ouverts dans la vessie, car il ajoute que ceux qui urinent des poils rendent aussi, par la même voie, des débris de peau et de la graisse, toutes formations d'origine ectodermique, que l'on rencontre ordinairement à l'intérieur des kystes dermoïdes.

Les premières observations, vraiment dignes du

nom de kystes dermoïdes, ouverts dans la vessie, sont dues à Rayer, qui, à la Société de biologie de Paris, communique, en 1860, 5 cas avec autopsie. « On a, dit-il, plusieurs fois trouvé des poils libres ou attachés à des portions de peau, dans la cavité vésicale, chez des femmes qui, pendant la vie, avaient présenté une tumeur plus ou moins considérable dans le voisinage d'un des ovaires. Lorsque la maladie s'est terminée par la mort et que l'autopsie a été faite avec soin, on a pu constater qu'un kyste, contenant des poils, s'était ouvert dans la vessie, avec les parois de laquelle il avait contracté d'intimes adhérences. La pilimiction, qui résultait de la présence de ces kystes dermoïdes, est bien distincte du véritable trichiasis des voies urinaires. »

A partir des observations de Rayer, l'attention fut attirée sur la question, et on voit apparaître dans tous les ouvrages qui traitent soit des kystes congénitaux, soit des maladies de la vessie, quelques lignes consacrées à cette question. Dans le *Traité des kystes congénitaux*, de Lannelongue et Achard, dans les articles d'Albarran pour le *Traité de chirurgie*, on trouve un certain nombre d'indications à cet égard. Mais ce sont surtout des considérations d'ordre anatomo-pathologique et pathogénique, et le traitement n'y est guère envisagé que d'une façon accessoire. Lannelongue et Achard (1886) admettent et décrivent l'ouverture des kystes dermoïdes de l'ovaire dans la vessie. Mais ils rapportent aux autres kystes dermoïdes abdominaux la plupart des faits de pilimiction, observés dans les deux sexes. Suivant ces auteurs, la preuve directe en aurait été fournie quelquefois par des autopsies, où des kystes dermoïdes

abdominaux, ouverts dans la vessie, avaient donné lieu, pendant la vie, à l'émission par l'urètre de poils, dents et parcelles osseuses, ainsi qu'à la formation de calculs autour de ces produits anormaux. Ils rapportent 36 observations de produits dermoïdes dans les voies urinaires.

Clado (*Traité des tumeurs de la vessie*, p. 229) a pu rassembler 32 cas de kystes dermoïdes paravésicaux, pour la plupart avec communication avec la cavité vésicale. Sur ces 32 cas, 7 seulement se rapportent à des productions dermoïdes de provenance ovarienne. Des 24 autres, 7 appartiennent à des tumeurs juxtaposées à la vessie et indépendantes de l'ovaire, 18 sont relatifs à des tumeurs non constatées anatomiquement, ni cliniquement, mais donnant lieu à de la pilimiction, et communiquant avec la vessie :

Provenance ovarique.	7
Tumeurs paravésicales	7
Urination de produits dermoïdes.	18
Total des cas.	32

Il est très probable que, sur ces 18 cas d'origine inconnue, beaucoup se rapportent à des tumeurs ovariennes.

La seconde période de cette histoire commence avec Delbet, qui, dans son *Traité sur les suppurations pelviennes*, est le premier à avoir discuté sur cette importante question du traitement de l'affection qui nous occupe (1890). Delbet fait remarquer tout d'abord que les kystes dermoïdes exigent un traitement, alors même qu'ils sont ouverts dans la vessie. Il ne s'agit pas là, en effet, pour lui, d'une véritable ouverture, et tôt ou tard,

on est obligé d'inciser à nouveau des abcès. Il y a de très grands dangers à attendre, dangers qui sont la conséquence de l'infection vésicale, et qui sont constitués par l'infection ascendante de tout l'arbre urinaire. Dans le cas où l'ouverture dans la vessie se cicatriserait, ce qui peut arriver quelquefois, au dire de Delbet, la lésion n'en continue pas moins à évoluer et à nécessiter tôt ou tard l'intervention. Toutes ces conditions rendent absolument nécessaire une opération chirurgicale. Reste à savoir quelle sera cette intervention. Delbet établit d'abord que, lorsque la collection communique encore avec la vessie, il faut abandonner toute tentative d'extraction par la voie abdominale. Dans ces conditions, l'opération présente, en effet, des difficultés insurmontables, mais la question la plus embarrassante, une fois l'extirpation faite, consiste dans le traitement ultérieur de la perforation vésicale. Si cette perforation siège trop haut, on pourra, une fois la tumeur enlevée, marsupialiser la vessie en la fixant à la paroi abdominale. Si, au contraire, cette perforation est basse, la seule ressource pour Delbet serait de suturer l'orifice, mais les résultats des sutures vésicales semblent à Delbet extrêmement aléatoires. En définitive, la meilleure intervention consiste dans l'opération par la voie basse. Cette intervention peut se faire soit par la vessie, soit par le vagin ; elle aura pour but de gratter les parois internes du kyste et d'établir un drainage permanent. Nous ne croyons pas inutile de rapporter ici ce qu'il dit des méthodes à employer :

« a) *Traitement par la voie vésicale.* — On peut utiliser la voie vésicale de trois manières différentes. La

plus simple consiste à dilater l'urètre ; dans les deux autres, on incise soit par le vagin, soit par l'abdomen : c'est la taille vaginale et la taille hypogastrique.

« Par la dilatation de l'urètre, on peut se proposer deux buts : 1° obtenir l'écoulement permanent de l'urine et du pus ; 2° agir sur l'abcès pour le gratter ou le drainer.

« La dilatation simple est un moyen peu puissant. Si l'urine pénètre dans l'abcès, en empêchant l'accumulation d'urine dans la vessie, en supprimant pour ainsi dire le réservoir vésical, elle évite cet inconvénient. Mais l'urine ne pénètre pas toujours dans les abcès ouverts dans la vessie. Ce qui rend surtout ce moyen peu puissant, c'est que la dilatation de l'urètre ne garantit pas du tout l'écoulement du pus hors de l'abcès. Si l'orifice de communication est mal situé, s'il est trop petit, l'abcès se vide mal, d'une manière insuffisante ; il est dans de mauvaises conditions pour guérir. Comme ce moyen est peu puissant, souvent insuffisant, comme il expose à une incontinence d'urine persistante, ses indications sont rares. En tous cas, si on se décidait à l'employer, il ne faudrait faire qu'une dilatation modérée, afin de ne pas exposer les malades à l'incontinence.

« La colpocystotomie ne donne pas assez de jour, elle ne permet pas d'établir un drainage suffisant. De toutes les interventions par la voie vésicale, la taille hypogastrique est, en effet, la meilleure ; elle permet de reconnaître l'orifice de l'abcès, d'agir sur sa paroi, de le laver, de le drainer efficacement, mais, comme toutes les méthodes qui consistent à attaquer les abcès par la vessie, elle est passible d'un reproche sérieux. Très sou-

vent, l'orifice de communication avec la vessie est petit : pour drainer l'abcès, pour le gratter, on est obligé d'agrandir cet orifice, dont on veut justement obtenir l'oblitération.

« En somme, tous les modes d'intervention par la voie vésicale présentent de notables inconvénients.

« *b) Traitement par l'incision.* — Inciser, soit par le vagin, soit par la paroi abdominale, un abcès déjà ouvert dans la vessie, il semble que ce soit exposer volontairement les malades à une fistule urinaire. Il n'en est rien. Sur 17 abcès ouverts dans la vessie, qui ont été traités par l'incision vaginale ou abdominale, il n'est resté une fistule inguinale que dans un seul cas.

« Toutes les fois qu'un abcès, spontanément ouvert dans la vessie, est directement abordable, soit par le vagin, soit par l'abdomen, c'est par là qu'il faut l'inciser.

« Si un abcès, ouvert dans la vessie, ne peut être atteint directement, on peut essayer, sans trop y compter, la dilatation de l'urètre. Après échec de cette dernière, le mieux est de recourir à la laparotomie, et de ne prendre un parti définitif qu'après avoir constaté *de visu* l'état des choses. S'il y a peu d'adhérences, si la paroi vésicale est peu altérée, on peut tenter l'extirpation, suivie de suture de la vessie ou de suture de l'orifice vésical à la paroi de l'abdomen. Si la tumeur n'est pas extirpable, soit parce qu'il y a trop d'adhérences, soit parce qu'il s'agit d'un phlegmon, deux cas peuvent se présenter : si la tumeur est grosse, le mieux est de l'inciser et de la suturer à la paroi ; si la tumeur est trop petite pour être amenée au contact de la paroi, mieux

vaut alors suturer la vessie à la paroi abdominale, et l'inciser ensuite.

« Il y a une exception à ces règles. Si le pus a infecté la vessie, s'il existe une cystite intense, il faut faire d'emblée la taille hypogastrique, pour soigner d'un coup la cystite et l'abcès. »

Les conclusions de Delbet représentent, d'une façon très juste, l'opinion qui eut cours jusque vers 1900.

Roy, dans sa thèse (Lyon, 1901), arrive à des conclusions à peu près identiques. Après avoir posé en principe qu'une seule chose est logique *a priori*, l'extirpation et la suture vésicale, Roy déconseille cette conduite radicale en raison des difficultés très considérables d'exécution pratique. Pour lui, les sutures vésicales pratiquées en semblable occurrence, auront bien des chances de ne pas tenir. L'ouverture du kyste et sa marsupialisation par la voie abdominale est une thérapeutique rationnelle, chaque fois que le kyste a, par son volume, une évolution abdominale. Dans ces cas d'incision abdominale avec marsupialisation, on peut, du reste, hâter la guérison en pratiquant, en même temps, une contre-ouverture vaginale, faite le plus souvent dans le cul-de-sac antérieur. Contrairement à Delbet, Roy soutient que l'ouverture spontanée du kyste dans la vessie est suffisante pour amener la guérison, surtout lorsqu'il s'agit de kystes de petit volume dont la déhiscence a été large. Cette large déhiscence, ce drainage parfait du kyste, réalisé opératoirement, s'il ne s'est pas produit spontanément, paraît à Roy le meilleur procédé à employer.

En résumé, la conduite qu'il conseille est la suivante : toucher intra-vésical, ablation des produits dermoïdes

pouvant entretenir la suppuration ou déterminer des phénomènes de cystite calculeuse, lavages vésicaux antiseptiques avec sonde à demeure. Si cette première intervention est insuffisante, s'il existe de la rétention, la pénétration de l'urine dans la poche, il faudra recourir au drainage du kyste infecté, drainage direct par la voie vaginale, ou par laparotomie. Cette dernière permettra, en outre, la marsupialisation seule ou avec drainage abdomino-vésical, ou bien encore l'extirpation du kyste suivi de suture vésicale, ces deux opérations pouvant être pratiquées et combinées, suivant les nécessités de chaque cas.

Depuis la thèse de Roy, un certain nombre de ces interventions radicales, dont il admettait *a priori* la possibilité, ont été pratiquées. La tendance actuelle de la gynécologie, qui délaisse de plus en plus la voie basse et lui préfère les larges interventions abdominales, le perfectionnement de la technique qui permet de pratiquer des interventions, qui, il y a quelque dix ans, auraient été considérées comme trop aventureuses, a engagé un certain nombre d'auteurs à pratiquer d'une façon systématique l'extirpation, par la voie abdominale, des kystes dermoïdes de l'ovaire, ouverts dans la vessie, extirpation s'accompagnant de castration totale et de résection vésicale avec suture. C'est ainsi que M. H. Bamsby, se trouvant en présence d'un cas de kyste dermoïde de l'ovaire, ouvert dans la vessie, fit, en 1905, une extirpation totale de ce kyste, sutura la brèche vésicale, termina l'opération par une hystérectomie abdominale supra-vaginale, en conservant l'ovaire gauche enfoui dans un repli péritonéal, et eut un plein succès

opératoire (obs. XXII). C'est de la même façon que, dans le service de M. le professeur Poncet, M. Delore eut l'occasion de revoir une malade, traitée par des moyens palliatifs, il y a huit ans, dans le même service. Devant cette récurrence, M. Delore n'hésita à faire une intervention radicale ; après avoir enlevé les annexes droites et l'utérus, il restait adhérent à la vessie la plus grande partie du kyste dermoïde. Il réséqua en bloc cette coque et la partie de la vessie sur laquelle elle était implantée, fit la suture de la vessie à deux plans et eut un résultat opératoire excellent (obs. XXV).

Le toucher intra-vésical que Roy considérait comme très important pour déterminer exactement les dimensions de l'ouverture du kyste dans la vessie est remplacé aujourd'hui par la cystoscopie.

En semblable occurrence, c'est la cystoscopie à vision directe, par le procédé de Luys, qui semble susceptible de rendre les plus grands services, étant donné que la vessie est atteinte de cystite intense. La cystoscopie a été préconisée par Lejars, qui dit : « l'examen cystoscopique est toujours indiqué en présence de la pilimiction. » Il n'a eu lieu que dans quelques faits assez rares encore. C'est pourquoi nous avons cru devoir mentionner les deux cas de Olshausen et de Schmit. Cet examen a été fait également dans le cas que nous avons observé (obs. XXV).

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE — PATHOGÉNIE — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il existe un certain nombre d'observations de kystes dermoïdes ouverts dans la vessie, ne se rapportant pas à des kystes ovariens. Nous citerons seulement les chiffres suivants : sur 170 kystes dermoïdes du petit bassin, Lebert en compte 129 provenant de l'ovaire. Clado, dans son traité, rapporte 32 cas avec kystes dermoïdes ouverts dans la vessie. Sur ces 32 cas, il y en a 7 provenant de l'ovaire, 7 paravésicaux, et 18 dont l'origine est inconnue, aucune opération abdominale n'ayant été pratiquée. Il est incontestable que sur ces 18 inconnues, il devait y avoir beaucoup de kystes de l'ovaire. Roy, dans sa thèse, rapporte 18 observations se rapportant à des hommes. En définitive, les kystes paravésicaux et d'une façon plus générale, les kystes dermoïdes du petit bassin, développés indépendamment de l'ovaire, semblent être l'exception, bien que les kystes paravésicaux aient une existence incontestablement démontrée.

C'est donc les kystes dermoïdes de l'ovaire qui constituent l'immense majorité des kystes dermoïdes du petit bassin, susceptibles de s'ouvrir dans la vessie. Le plus

souvent, les kystes dermoïdes de l'ovaire restent pendant toute leur évolution absolument latents et les complications les plus fréquentes qui puissent survenir au cours de leur évolution consistent dans les poussées successives de péritonite, dues à la formation d'adhérences et dans les phénomènes de torsion. C'est cette dernière complication qui amène ordinairement les malades entre les mains du chirurgien. Indépendamment de ces deux fréquentes — péritonite plastique et torsion — les kystes dermoïdes de l'ovaire sont susceptibles de donner lieu à des manifestations externes, par suite de migrations anormales. Ces migrations ont pour conséquence l'ouverture du kyste dans les cavités voisines. La rupture dans la cavité péritonéale est une complication relativement rare. Elle existait, néanmoins, conjointement avec l'ouverture dans la vessie, dans le cas qu'il nous a été donné d'observer à la clinique chirurgicale de M. le professeur Poncet. L'ouverture à la paroi abdominale, le plus souvent au niveau de l'ombilic, a été signalée par un certain nombre d'auteurs, notamment par Montgomery et par Moore. L'ouverture dans le vagin a été également observée quelquefois. Enfin, de toutes, la plus fréquente est l'ouverture dans l'intestin. L'ouverture dans la vessie vient immédiatement après celle-ci.

La pathogénie générale de ces ouvertures dans les viscères voisins est restée entourée d'obscurité pendant très longtemps. En ce qui concerne les ouvertures vésicales, il y a lieu tout d'abord d'établir une première division. Certains kystes dermoïdes, de par leur situation même, sont susceptibles, sans l'intervention d'aucune autre complication, d'éroder les parois vésicales et de

s'ouvrir à l'intérieur de celle-ci. En effet, il existe chez la femme des kystes dermoïdes qui se développent à l'intérieur même du ligament large, aux dépens de débris embryonnaires d'origine assez mal connue. On admet classiquement qu'il s'agit, en semblable circonstance, d'ovaires surnuméraires provenant du morcellement du corps de Wolf. La vessie est en rapport intime par sa paroi postérieure avec ces kystes inclus à l'intérieur du ligament large et l'ouverture de ces derniers à son intérieur s'explique d'une façon très simple, par suite de la pénétration vers le point de moindre résistance du kyste en voie d'évolution. C'est par le même mécanisme que les kystes hydatiques du foie agissent vis-à-vis des parois thoraciques et du poumon. Cluge a cité, à ce point de vue, une observation démonstrative.

Un second mécanisme, par l'intermédiaire duquel les kystes dermoïdes de l'ovaire sont susceptibles de s'ouvrir dans la vessie, consiste dans la dégénérescence maligne de la tumeur et l'envahissement progressif des tissus circonvoisins. Les observations de kystes dermoïdes dégénérés sont loin d'être rares. Himmelfarb a rapporté une observation très caractéristique à ce point de vue. La dégénérescence néoplasique se rencontre plus souvent dans les kystes dermoïdes que dans les autres variétés de kystes ovariens. Cela n'a rien d'étonnant, car ces néoplasies sont constituées par des tissus de nature très variée et dont la variabilité même indique bien l'activité néoformatrice. Un fait à remarquer c'est que lorsque la dégénérescence maligne se produit au niveau d'un kyste dermoïde, cette dégénérescence n'altère en rien les éléments primitifs de la tumeur et, si cette dernière s'ouvre

dans la vessie, les urines contiennent toujours des produits dermoïdes qui permettent de faire le diagnostic. Dans le cas que nous avons observé à la clinique de M. le professeur Poncet, d'abondantes hémorragies intra-vésicales avaient permis, *a priori*, de soupçonner la dégénérescence du kyste dermoïde primitif. Cette hypothèse n'a pas été confirmée par l'examen histologique de la tumeur observée.

Les deux mécanismes que nous venons de rappeler : ouverture intra-vésicale par distension progressive, ouverture par envahissement néoplasique, n'ont été observés que dans un très petit nombre de cas et doivent être considérés comme absolument exceptionnels. Ce sont là des curiosités anatomo-pathologiques plutôt que des réalités cliniques. L'ouverture intra-vésicale des kystes dermoïdes de l'ovaire se produit le plus souvent par le mécanisme de la suppuration de ces derniers. La suppuration des kystes dermoïdes de l'ovaire a été bien étudiée dans toute une série de travaux que l'on trouvera résumés dans la thèse récente d'Alexandra Goruschine (1905), inspirée par M. le professeur Jaboulay. Si nous étudions cette suppuration, tout d'abord exclusivement au point de vue anatomique, nous voyons qu'elle détermine en premier lieu la soudure intime du kyste avec les organes voisins. Cette soudure est la conséquence de la formation d'adhérences multiples et très vasculaires, qui constituent le premier stade et la condition essentielle de l'ouverture du kyste dans les organes voisins. Sur 19 cas que Goruschine a pu rassembler, 10 fois les adhérences s'étaient produites avec l'intestin et la vessie. A la suite de cette formation d'adhérences, les processus inflam-

matoires peuvent se propager aux organes voisins et les abcès nés au sein du kyste dermoïde, s'ouvrir à l'intérieur de leur cavité.

C'est donc la suppuration des kystes dermoïdes qui constitue la condition essentielle de leur ouverture dans la vessie. Or, cette suppuration est une de leurs complications les plus fréquentes. Si l'on envisage les diverses variétés de kystes ovariens, on constate, ainsi que l'a établi Lejars, que « la suppuration, quel qu'en soit le mécanisme, semble trouver dans les kystes dermoïdes de l'ovaire, un terrain plus favorable et s'y développer plus souvent que dans les autres kystes ovariens. Sur 24 kystes suppurés de cette nature, on a trouvé 14 cysto-épithéliomes, 1 kyste tubo-ovarien, 1 kyste paraovarien, 8 kystes dermoïdes, ce qui constitue pour les kystes dermoïdes une proportion de suppuration de 33 p. 100, alors que leur degré de fréquence générale, par rapport aux autres kystes, ne serait, d'après Olshausen, que de 3,5 p. 100. » Pour Delbet, les kystes dermoïdes de l'ovaire suppureraient aussi d'une façon plus fréquente que les kystes mucoïdes ; « les kystes dermoïdes sont en connexion intime avec le tissu cellulaire pelvien, et leur inflammation reconnaît souvent pour cause celle-là même qui préside au développement des abcès pelviens, il est du reste impossible d'indiquer, d'une manière générale, la fréquence de la suppuration des kystes dermoïdes, car on a souvent confondu les kystes dermoïdes de l'ovaire suppurés avec des abcès. »

L'infection des kystes dermoïdes est donc l'origine la plus fréquente de leurs migrations anormales et, par conséquent, de leur ouverture dans la vessie. Cette opi-

nion reçoit une confirmation très nette de ce fait que cliniquement les kystes qui s'ouvrent dans la vessie sont toujours accompagnés à un moment quelconque de leur évolution, de phénomènes péritonéaux plus ou moins aigus, se traduisant par des poussées douloureuses, de l'élévation de la température et des vomissements. Il reste à déterminer l'origine de cette infection.

On sait que l'on a beaucoup discuté l'origine de cette dernière. Nous n'entrerons pas dans la discussion des diverses espèces microbiennes susceptibles de venir infecter un kyste ovarien, et nous nous contenterons d'étudier les voies d'introduction des microbes. La voie intestinale a été suspectée par quelques auteurs. Bland et Sutton ont mis en cause, dans la suppuration du kyste, le rôle des inflammations de l'S iliaque et de l'appendice iléo-cæcal. Clado a expliqué cette infection en montrant la présence, dans le ligament appendiculo-ovarien, de lymphatiques faisant communiquer l'appendice avec l'ovaire. Mais la voie intestinale est absolument exceptionnelle. Les kystes dermoïdes de l'ovaire s'infectent le plus ordinairement, soit par la voie génitale, soit par la voie sanguine.

La voie génitale apparaît, à l'heure actuelle, devoir être de beaucoup la plus fréquente. L'infection ascendante peut se produire, soit au cours de la puerpéralité, soit par le fait d'une endométrite ou d'une salpingite à gonocoque. L'infection des kystes dermoïdes, pendant la grossesse et surtout à la suite de l'accouchement, est très fréquente. Sur 18 observations de kystes dermoïdes infectés qu'a rassemblés Goruschine, 10 fois il s'agissait de suppurations consécutives à la puerpéralité ; dans 4

des observations de Roy, observations que nous rapportons nous-même, il s'agissait à peu près sûrement d'une infection post-partum. Du reste, ainsi que le fait remarquer Bouilly (*La gynécologie*, 1896), il est assez difficile de savoir si cette infection post-partum se fait par voie tubaire, par voie sanguine ou par voie lymphatique. Le rôle de l'infection ascendante semble néanmoins devoir être prédominant.

Enfin, on connaît un certain nombre d'auto-infections par voie hématogène. Dans le cours de certaines maladies infectieuses, notamment les infections pyohémiques, la grippe, la pneumonie, la fièvre typhoïde, les microbes, sont susceptibles de venir se cultiver dans le lieu de moindre résistance que constitue le kyste dermoïde, au même titre que tout organe qui est le siège d'une production pathologique et d'y déterminer la suppuration. L'état général de la malade détermine un état de réceptivité particulier et constitue une cause prédisposante de premier ordre. On trouve cité partout le cas classique de Werth qui, à la suite d'une fièvre typhoïde, enleva un kyste dermoïde de l'ovaire gauche et y trouva un pus clair, dans lequel il existait des bacilles typhiques, qu'il fut possible de cultiver.

Ainsi l'infection apparaît comme la cause principale de la migration des kystes dermoïdes dans la cavité vésicale. Il n'en reste pas moins vrai que dans beaucoup de cas, les kystes dermoïdes peuvent s'ouvrir à ce niveau, sans qu'il soit possible de relever antérieurement une cause quelconque, à laquelle on puisse attribuer cette migration. Certains auteurs ont ainsi admis la migration spontanée des kystes par la suite de l'intervention

d'agents chimiques. Cette hypothèse est, à l'heure actuelle, inadmissible avec ce que nous savons du mécanisme des processus généraux de l'organisme. On sait combien est fréquente la présence de lésions bacillaires au niveau des organes génitaux de la femme. Dans ces dernières années, on a établi, d'une façon indiscutable, l'origine annexielle d'un grand nombre de péritonites tuberculeuses. Il n'est pas illogique d'admettre, *a priori*, qu'un certain nombre de kystes dermoïdes de l'ovaire, puissent être atteints secondairement de lésions tuberculeuses plus ou moins typiques et que ce soient ces dernières qui déterminent les adhérences et les migrations intraviscérales de ces formations. Il serait à souhaiter que les examens histologiques soient pratiqués dans ces conditions, dans le but de déterminer l'origine du processus adhésif dont, *a priori*, l'origine échappe et dont l'évolution sans phénomènes péritonéaux bien manifestes, permet de suspecter l'origine bacillaire.

CHAPITRE IV

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

L'ouverture des kystes dermoïdes de l'ovaire dans la vessie peut se manifester cliniquement par une symptomatologie extrêmement variable. Schématiquement, il y a lieu de distinguer deux grandes classes de malades : tout d'abord, celles chez qui on connaît l'existence antérieure d'une tumeur ovarienne ; à un moment donné, cette tumeur donne lieu à des complications qui éveillent l'idée d'une migration insolite. Ces malades correspondent à un type que l'on pourrait désigner sous le nom de « génital », par opposition au type suivant qui serait le type « vésical ». En cette seconde alternative, les malades se présentent à l'examen avec des symptômes exclusivement vésicaux se manifestant par de la cystite, le plus souvent d'allure calculeuse. Nous allons successivement décrire ces deux types, et nous croyons que le mieux à faire pour donner une description clinique, sera de présenter le tableau symptomatologique de chacune de ces deux formes.

Dans le premier cas, on a affaire à une femme chez qui on a pu porter, par suite du développement d'une tumeur abdominale, le diagnostic de kyste dermoïde de

l'ovaire. A un moment donné, quelquefois à la suite d'un accouchement ou d'un avortement, ou bien de quelque autre infection génitale à type ascendant, cette malade est prise de symptômes, qui permettent de supposer que son kyste, resté jusqu'alors à peu près silencieux, va se mettre à suppurer. La symptomatologie de cette période, prémonitoire de l'ouverture vésicale, est assez variable. Parfois, mais cela est rare, les symptômes évoluent d'une façon très aiguë. Tout d'un coup, soit en pleine santé, soit à la suite d'une des affections précitées, la femme est prise de douleurs très vives dans le bas-ventre, avec tous les signes d'une réaction péritonéale très intense. Le ventre est tendu, résistant, surtout à l'hypogastre. La palpation de la tumeur est douloureuse. Il y a des vomissements verdâtres, le faciès s'altère et devient grippé ; la constipation est plus ou moins absolue ; enfin, la température s'élève et se fixe entre 39 et 40°. Tous ces symptômes réunis indiquent que le kyste est le siège d'une poussée inflammatoire, qui va bientôt aboutir à la suppuration et à la formation d'adhérences avec les organes voisins. Lorsque le kyste doit s'ouvrir dans la vessie, si l'on examine avec soin sa malade, on peut relever parfois des symptômes, qui indiqueront que l'inflammation tend à se propager à la vessie. Parmi ces symptômes, celui que l'on voit noter le plus souvent est incontestablement la douleur à la miction, avec pollakyurie. En définitive, la malade a les symptômes fonctionnels d'une cystite, sans en avoir les signes physiques. Il s'agit uniquement d'une irritation par voisinage de la muqueuse vésicale, irritation qui se traduit par les phénomènes précités. Ce sont ces symp-

tômes vésicaux qui, chez une femme porteur d'un kyste de l'ovaire, permettront de supposer que la complication dont ce kyste est le siège va intéresser la vessie, et feront penser à la possibilité d'une ouverture à l'intérieur de ce viscère, plutôt qu'à une torsion ou à une inflammation simple de ce kyste. Cette forme à début dramatique se rencontre dans un certain nombre d'observations ; néanmoins, elle est rare et on ne la voit guère que lorsque la suppuration survient à la suite d'une infection aiguë. Le plus souvent, la marche des accidents est beaucoup plus insidieuse, et les symptômes de réaction péritonéale beaucoup moins accentués. Quoi qu'il en soit, la constatation antérieure d'une tumeur ovarienne, d'autre part, la notion de l'inflammation intéressant la vessie, aura attiré l'attention du côté de l'ouverture possible du kyste dans ce viscère, et les phénomènes qui vont suivre étonneront moins le clinicien, qui pourra les rapporter à leur véritable cause.

Dans ces cas à marche relativement rapide, l'ouverture vésicale va, en effet, se traduire par des symptômes à début brusque, qui constitueront une véritable *vomique vésicale*. Tout d'un coup, la malade sera prise d'une violente envie d'uriner en même temps qu'elle aura la sensation d'une rupture interne. La miction permettra de constater l'issue à l'extérieur d'une quantité plus ou moins considérable de pus, et on pourra, à ce moment, faire le diagnostic certain d'un kyste de l'ovaire suppuré, ouvert dans la vessie. Il est rare, en général, qu'au moment où cette ouverture se produit, il y ait évacuation, avec le pus, d'éléments dermoïdes. En effet, ces derniers, qu'ils soient constitués par des matières séba-

cées, des cheveux ou des formations d'ordre plus élevé, telles que dents ou débris osseux, restent, tout d'abord, adhérents aux parois du kyste, et ne sont évacués que dans la suite. Les caractères des urines devront être examinés d'une façon très minutieuse dans les jours suivants. Cet examen permettra d'y reconnaître parfois l'existence d'éléments qui conduiront à un diagnostic plus précis. A ce moment, au milieu des urines à aspect louche, à odeur putride spéciale, on pourra trouver quelquefois des débris de matières sébacées, mélangées avec des cheveux isolés ou réunis en touffes plus ou moins épaisses. Cette disposition en touffes est très caractéristique des productions dermoïdes. En général, les poils sont très courts ; cependant, parfois on a rencontré de véritables agglomérations, semblables aux pelotes que l'on a pu retirer de l'estomac de certaines femmes névropathes.

A la sensation de bien-être et au soulagement immédiat, avec chute de température, qui marquera tout d'abord cette période expulsive, va succéder une longue période, pendant laquelle la présence du kyste, ouvert dans la vessie, déterminera des phénomènes de cystite rebelle, avec le plus souvent formation de calculs phosphatiques, autour de débris dermoïdes déversés dans la vessie. D'une façon générale, cette cystite se prolonge pendant très longtemps, surtout si l'ouverture est étroite. Dans ces cas, le kyste se draine mal. Dans la cavité à peu près close, constituée par la coque du kyste, les phénomènes de suppuration prennent une acuité très considérable et deviennent, pour la malade, le point de départ d'une infection générale très grave. Il se produit

toute une série de poussées inflammatoires successives, s'accompagnant de phénomènes péritonéaux et se terminant par de nouvelles vomiques vésicales, accompagnées de l'excision de produits dermoïdes. Ces ouvertures successives entretiennent les phénomènes de cystite, qui, à leur tour, retentissent sur le kyste et empêchent la guérison de se produire. Cette guérison spontanée peut, au contraire, avoir lieu dans les cas de kystes largement ouverts. Le drainage alors se fait bien ; peu à peu les parois de la cavité s'épidermisent, le kyste se comble, et les malades peuvent guérir spontanément. Mais cette guérison spontanée est très exceptionnelle, et, le plus souvent, la cystite chronique persiste indéfiniment.

Un deuxième type clinique correspond à ces malades, qui se présentent d'emblée à l'hôpital avec les phénomènes de cystite précités. Ce sont des sujets qui ont été examinés tardivement au point de vue médical, et chez lesquels la présence d'une tumeur ovarienne a passé inaperçue. L'ouverture de cette tumeur dans la vessie s'est faite d'une façon insidieuse, ou tout au moins la malade s'étant mal observée à ce moment, il est impossible de déceler, par les commémoratifs, l'existence d'une semblable origine. La cystite, à laquelle on a affaire, présente, en elle-même, tous les caractères d'une cystite banale, le plus souvent calculeuse. Il s'agit de femmes d'un certain âge, qui viennent se plaignant d'uriner trouble, d'avoir des mictions fréquentes et douloureuses. La présence d'hématuries le plus souvent minimales, quelquefois très abondantes, comme dans le cas que nous avons eu l'occasion d'observer à la clinique de M. Pon-

cet, peut être mis sur le compte de l'irritation de la muqueuse vésicale ou de la lithiase.

L'examen de semblables malades, au point de vue urinaire, permet, *a priori*, de vérifier le diagnostic soupçonné de lithiase vésicale. Si, en effet, on les examine au point de vue de la présence possible d'un calcul vésical cause de tout le mal, l'explorateur métallique décèle la présence de calculs le plus souvent multiples. Au moment où l'on observe de semblables malades, le kyste étant à peu près vidé de son contenu dermoïde, la pilimiction ou, d'une façon générale, le rejet par l'urètre de quelque autre substance caractéristique d'un kyste dermoïde est des plus rares.

Tout concorde donc à faire admettre le diagnostic d'une cystite calculeuse banale. L'ouverture du kyste dermoïde dans la vessie est une chose si rare que l'idée d'un semblable diagnostic ne vient guère à l'esprit. Cependant, si l'on fait subir aux malades un examen plus complet, il est rare que par le toucher vaginal on ne puisse déceler la présence d'une tumeur juxta-vésicale présentant tous les caractères d'une néoplasie d'origine ovarienne. Cette constatation, surtout si l'on voit en même temps que la masse en question, est solidement fixée, adhérente à la vessie, éveillera l'idée de la possibilité d'un kyste ovarien ouvert dans cet organe. Divers autres signes permettront de compléter ce diagnostic. S'il n'y a pas eu de pilimiction nette, on trouvera cependant, parfois, comme cela est arrivé à M. Bérard, des produits dermoïdes inclus à l'intérieur des calculs retirés. Mais d'autres procédés d'exploration clinique permettront de confirmer à coup sûr le diagnostic présumé.

Ces procédés consisteront dans l'exploration méthodique de la cavité vésicale. Il y a une dizaine d'années — au moment de la thèse de Roy — le seul procédé alors en usage courant était le toucher intra-vésical. « Seul ce mode d'examen, dit Roy, pratiqué sous anesthésie après dilatation urétrale, permet d'éliminer une affection vésicale et de faire reconnaître l'orifice par lequel s'est ouvert le kyste dans la vessie, ainsi que de placer en dehors de cette cavité le point de départ du mal. Cet examen peut être pratiqué avec méthode; il doit être combiné tour à tour avec la palpation abdominale et le toucher vaginal. S'agit-il d'une tumeur volumineuse, la pression sur celle-ci, à travers la paroi abdominale du vagin, fait sourdre par la sonde introduite dans la vessie, du pus et des produits dermoïdes. L'introduction du doigt dans la poche kystique peut être faite dans ce même but et parfaire le diagnostic. »

La dilatation digitale du col et le toucher intra-vésical est incontestablement un bon procédé, susceptible de parfaire un diagnostic hésitant. Etant donné que dans ces conditions on a le plus souvent été obligé de faire la dilatation pour permettre l'extraction d'un calcul, le toucher échappe alors à l'objection que l'on pourrait lui faire d'entraîner parfois l'incontinence, en raison de la dilatation nécessaire. Ce procédé mérite donc d'être employé, mais, à l'heure actuelle, nous avons à notre disposition une méthode beaucoup plus sûre, c'est la cystoscopie. En raison de la cystite intense, de la présence de calculs et de la susceptibilité particulière de la vessie en semblable circonstance, la cystoscopie par l'appareil à prismes est des plus difficile à pratiquer. La mé-

thode qui est indiquée est celle de la cystoscopie à vision directe, au moyen de l'appareil de Luys ou de tout autre instrument de même nature.

Dans notre observation personnelle (XXV), cette cystoscopie directe était particulièrement indiquée, car la vessie était encombrée par une quantité considérable de caillots. M. Sargnon a examiné l'intérieur de cette dernière au moyen de son cystoscope à vision directe, et il a pu affirmer la présence d'un orifice et préciser le siège de ce dernier au niveau du sommet du dôme vésical et un peu à gauche de la ligne médiane. Il a enfin pu affirmer que l'hémorragie observée n'était pas due à la présence d'une tumeur intra-vésicale.

La cystoscopie à vision directe est donc susceptible, cet exemple le prouve bien, de rendre en pareille occurrence, les plus grands services.

Y a-t-il lieu de chercher à établir un diagnostic différentiel entre les kystes dermoïdes de l'ovaire ouvert dans la vessie, et les autres variétés de kystes dermoïdes du petit bassin, susceptibles d'une semblable migration. Nous ne le croyons pas, car aucun élément certain ne permet de poser, en semblable circonstance, des conclusions fermes.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Le petit nombre de kystes dermoïdes de l'ovaire ouverts dans la vessie, le plus petit nombre encore de ceux traités chirurgicalement, rendent assez incertaine la conclusion thérapeutique. Et tout d'abord, une première question se pose : L'ouverture de la vessie constitue-t-elle un processus de guérison et suffit-elle à elle seule à procurer à la malade, un soulagement suffisant pour éviter une intervention ? Si l'on examine à ce point de vue les observations actuellement connues, on trouve des faits très différents. Dans certains cas où l'orifice de communication est très large, où le pus et surtout les produits dermoïdes ont pu s'évacuer largement, la guérison peut très bien survenir toute seule. C'est ce qui a entraîné un certain nombre d'auteurs, notamment Hermann, à se montrer nettement abstentionniste une fois le kyste évacué. Roy, dans sa thèse, admet qu'une ouverture spontanée dans la vessie est suffisante dans bien des cas, surtout quand il s'agit de kystes de petit volume dont la déhiscence a été large et franche.

Mais, en dehors de ces conditions toutes particulières, l'évacuation du pus est suivie d'une cystite persistante,

souvent compliquée de calculose et qui met la vie de la malade en danger, par suite de la possibilité d'une infection rénale ascendante. C'est cette cystite, bien plus que les phénomènes abdominaux ou pelviens, complications de la tumeur elle-même, qui entraîne la nécessité d'une intervention. Nous allons successivement envisager les opérations qui peuvent être pratiquées, « ce que l'on peut faire », et les opérations que l'on doit pratiquer, « ce qu'il faut faire », suivant les différents cas cliniques. Les interventions peuvent se grouper en deux catégories : les interventions palliatives et les interventions curatives. Les interventions palliatives sont dirigées contre un symptôme, par exemple la cystite, ou bien une complication quelconque de la tumeur, complication abdominale ou vaginale. Elles font disparaître le symptôme, mais laissent en place la néoplasie, entraînant pour la malade la possibilité de toute la série des complications ultérieures. Cette grande catégorie des opérations palliatives comprend des interventions par voie endo-vésicale, par voie vaginale, et enfin, par voie abdominale.

Les interventions par voie vésicale ont été pratiquées très souvent. Leur principe est très logique : elles ont pour but de lutter contre les phénomènes de cystite persistante qui peuvent entraîner pour la malade de graves complications rénales, à plus ou moins longue échéance. Après dilatation du col et toucher intra-vésical, on pratique l'élargissement de l'ouverture du kyste de la vessie, on débarrasse les parois de ce dernier de tous les produits dermoïdes adhérents, cause de suppuration prolongée, parfois on introduit à l'intérieur de ce kyste un

petit drain ou une sonde à demeure. On a ainsi largement drainé la cavité kystique et la guérison s'obtient très simplement par une opération en définitive peu grave. L'observation que nous rapportons prouve bien les bons résultats qu'on peut attendre de ces interventions par voie endo-vésicale. Chez notre malade, M. Bérard avait obtenu, par ce procédé, une guérison qui s'est maintenue pendant plus de sept ans, et s'il n'était pas survenu une complication intercurrente, une hématurie, d'origine du reste assez mal déterminée, la malade aurait pu être considérée comme définitivement guérie. Malheureusement, les interventions endo-vésicales ne suffisent pas dans tous les cas. Si le kyste est volumineux, si des parois sont anfractueuses, il arrive souvent que, malgré une très large ouverture vésicale, la suppuration continue, la cystite se maintient et il existe des phénomènes d'infection générale. C'est dans ces conditions que l'on a eu recours au drainage du kyste par la voie vaginale ou abdominale. Ce drainage a été pratiqué dans des conditions assez déterminées. Si, par exemple, le kyste se manifeste par une volumineuse collection purulente bombant dans le cul-de-sac vaginal antérieur, on sera tout naturellement amené à pratiquer une colpotomie à ce niveau. Mais il est à remarquer que le plus souvent le drainage du kyste a été fait par la paroi abdominale antérieure. En effet, les kystes dermoïdes ouverts dans la vessie sont d'ordinaire assez volumineux et viennent se mettre en contact en avant avec la paroi. Différents chirurgiens se sont adressés à la voie abdominale pour aborder et marsupialiser le kyste. Tantôt cette intervention a été faite de propos délibéré, tantôt elle n'a été qu'un pis

aller au cours d'une intervention entreprise dans le but d'extirper la tumeur. En effet, les kystes ouverts dans la vessie, surtout si l'on opère peu de temps après l'ouverture, sont encore sous le coup d'une poussée inflammatoire subaiguë et des adhérences intimes les unissent avec les intestins et les parois abdominales. Ces adhérences ont été très souvent la cause d'opérations purement palliatives.

En définitive, on peut résumer ainsi les règles opératoires classiques en fait de kystes dermoïdes de l'ovaire ouverts dans la vessie: « L'intervention thérapeutique, dit Roy, se bornera à la surveillance de l'ouverture de la poche, lorsqu'on aura retiré à travers l'urètre dilaté tous les produits dermoïdes accessibles et placé une sonde à demeure. Si cette première intervention n'était pas suffisante et qu'il existât de la rétention, de la pénétration et de la résorption de l'urine de la poche, que la cystite par trop intense fit craindre l'urétérisme et la pyélite, il faudrait recourir au drainage direct du kyste infecté, soit par voie vaginale, soit par laparotomie. La laparotomie permettra, en outre, la marsupialisation seule ou avec drainage abdomino-vésical, ou bien encore l'extirpation du kyste suivie de suture vésicale, ces deux opérations pouvant être pratiquées et combinées suivant les nécessités de chaque cas. »

Les opérations palliatives peuvent incontestablement donner d'excellents résultats et permettre d'obtenir des guérisons définitives des malades. Mais elles ne sont qu'un pis aller et, s'il y a huit ou dix ans, elles pouvaient être considérées comme seules légitimes, il n'en est pas moins vrai qu'aujourd'hui l'extirpation complète

des lésions est possible et doit être faite dans la majorité des cas. Les adhérences avec l'intestin ou les parois de l'utérus n'ont qu'une importance très relative, on extirpe aujourd'hui, pour suppurations pelviennes, des tractus génitaux autrement adhérents que ne peuvent être les kystes dermoïdes ouverts dans la vessie. La règle aujourd'hui absolue de l'ablation de l'utérus, autant que possible totale, permet de terminer d'une façon simple ces opérations, autrefois regardées comme très compliquées et très meurtrières. La péritonisation du petit bassin, au moyen de l'S iliaque, permet d'exclure de la grande cavité péritonéale toutes les surfaces cruentées et réalise ainsi, pour la chirurgie gynécologique, le grand principe de la chirurgie à ciel ouvert, toutes les fois qu'il s'agit de lésions suppurées.

Ce qui a fait reculer souvent les opérateurs, c'est la nécessité de pratiquer une résection vésicale avec suture consécutive. Aujourd'hui, on a suffisamment l'expérience de ces résections pour pouvoir affirmer que, pratiquées avec une bonne technique, elles tiendront presque toujours. C'est, du reste, ce qui s'est produit dans le cas opéré par M. Delore. En admettant même qu'il se produise une petite fistulette, si l'on a soin de réaliser, comme l'a encore fait M. Delore, un drainage abdomino-vaginal sous-péritonéal, les conséquences de cette fistule ne sauraient être bien graves. Ce que l'on sait des bons résultats des sutures vésicales pratiquées après des résections de la vessie, au cours de l'ablation d'un néoplasme, démontre parfaitement que la vessie n'est pas un organe aussi délicat que l'on a bien voulu le dire, et la nécessité de sa résection partielle ne doit pas faire

reculer devant une opération radicale indiquée par ailleurs.

Ainsi, il semble bien qu'avec la sécurité que donnent, à l'heure actuelle, les procédés de castration totale pour suppuration pelvienne, avec ces perfectionnements importants, aujourd'hui classiques, qui sont la péritonisation du petit bassin, hystérectomie totale, et le drainage sous-péritonéal abdomino-vaginal, que la plus grande partie des kystes dermoïdes ouverts dans la vessie, doivent être justiciables de l'extirpation totale.

CHAPITRE VI

CONCLUSIONS

I. — Les kystes dermoïdes de l'ovaire sont, de tous les kystes dermoïdes du petit bassin, ceux qui s'ouvrent le plus fréquemment dans la vessie. Du reste, les kystes dermoïdes du petit bassin, autres que ceux de l'ovaire, sont l'exception. Notre thèse repose sur 25 observations, dont 14 étaient déjà réunies dans la thèse de Roy, 10 autres furent trouvées dans diverses revues de chirurgie et de gynécologie françaises et étrangères, enfin, 1 est personnelle et inédite.

II. — L'ouverture dans la vessie se fait presque toujours par le mécanisme de l'infection et de la suppuration du kyste. Au point de vue anatomo-pathologique, il y a lieu de distinguer deux formes, suivant les dimensions d'ouverture. Lorsque cette dernière est très large, le kyste se draine bien et est susceptible de guérir spontanément. Avec une ouverture petite et anfractueuse, il y a, au contraire, persistance de tous les phénomènes infectieux à l'intérieur du kyste, et réinfection continue de la vessie.

III. — En clinique, on a affaire à deux grandes variétés de malades, celles qui viennent pour un kyste dermoïde et chez lesquelles on voit se produire l'ouverture

dans la vessie, comme une complication de ces kystes. La seconde catégorie correspond aux malades qui viennent avec des phénomènes de cystite, le plus souvent calculeuse, et chez lesquelles l'examen clinique révèle comme cause de cette cystite, un kyste dermoïde ouvert dans la vessie.

IV. — La cystoscopie, surtout la cystoscopie à vision directe, sera du plus grand secours pour le diagnostic. Elle doit prendre actuellement la place du toucher intra-vésical, anciennement pratiqué.

V. — De toutes les opérations palliatives, celle qui a donné les meilleurs résultats est incontestablement le drainage et le curettage du kyste par voie intra-vésicale. Mais, actuellement, toutes les fois qu'il sera possible, le procédé à mettre en usage sera l'extirpation totale avec hystérectomie abdominale totale, résection de la vessie avec suture, exclusion du petit bassin avec drainage vaginal ou abdomino-vaginal sous-péritonéal. Cette intervention radicale a été plusieurs fois pratiquée avec succès.

Vu :

Vu : *Le Président de la Thèse,*

Le Doyen, *PONCET.*

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 10 février 1909.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBARRAN. — Traité des tumeurs de la vessie.
- BARNES. — Saint-Georg. Hosp., vol. VIII, p. 74.
- BAZY. — *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1900.
- BÉRARD. — Compte rendu de la Société des sciences médicales. (*Province Médicale*, 12 avril 1900.)
- BLACKMANN. — *Americ S. of. med*, janvier 1889, p. 49.
- BOUILLY. — *La Gynécologie*, 1898.
- CLADO. — Traité des tumeurs de la vessie.
- DEBUCHY. (A.). — Thèse de Paris, 1899.
- DUPLAY. — Traité de chirurgie.
- DELBET. — Suppurations pelviennes.
- DUFFNER. — Thèse de Nancy, 1892.
- FULLER. — *Path. Trans.*, vol. XXI.
Gazette des Hôpitaux, 1901.
- GREENHALGH. — *Lancet*, 26 novembre 1870.
- GORUSCHINE. — Thèse de Lyon, 1904-1905.
- GRAS. — Des collections pelviennes suppurées ouvertes spontanément dans la vessie. (Thèse de Paris, 1905.)
- HERMANN. — *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1885.
- HEINRICIUS. — Suppurations des kystes de l'ovaire. (*An. de gynécologie*, 1897.)
- HIMMELFARB. — *Centralblatt für Gynæcologie*, 1896.
- JULHIET. — Thèse de Lyon, 1897.
- KYNOCH. — *Journ. of obstetric and gynæk.*, 1901, vol. XI, n° 2, p. 177.
- LANNELONGUE et ACHARD. — Traité des kystes congénitaux.
- LEGENDRE. — *Gazette des Hôpitaux*, 1896.

LESOURG. — Thèse de Paris, 1897.

LEJARS. — *La Semaine Médicale*, 21 septembre 1904.

MARSHALL. — *Archives générales de médecine*, 1898.

MASSON. — Dégénérescence maligne des kystes dermoïdes de l'ovaire. (Thèse de Lyon.)

MULLER. — *Gazette des Hôpitaux*, 1908.

MOOR. — *Path. Trans.*, v. XVIII.

NEPVEU. — *An. de gynécologie*, 1875.

PERRIMOND. — Thèse de Lyon, 1897.

POZZI. — *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1905.

RAYER. — Mémoire à la Société de chirurgie, 1860.

RUGE. — *Verhand. des Gaz. für Geb.*, in Berlin, 1896.

REPIN. — Des kystes dermoïdes de l'ovaire. (Thèse de Paris, 1891.)

ROY. — Thèse de Lyon, 1900-1901.

THIRIEU. — Kyste dermoïde suppuré. (*Presse Médicale belge*, 1887.)

THÉOPHILIDES. — Thèse de Montpellier, 1898.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.	3
CHAPITRE PREMIER, — Observations	5
CHAPITRE II. — Historique.	27
CHAPITRE III. — Etiologie. — Pathogénie. — Anatomie pathologique	36
CHAPITRE IV. — Symptômes et diagnostic.	44
CHAPITRE V. — Traitement.	52
CHAPITRE VI. — Conclusions.	59
BIBLIOGRAPHIE	61
